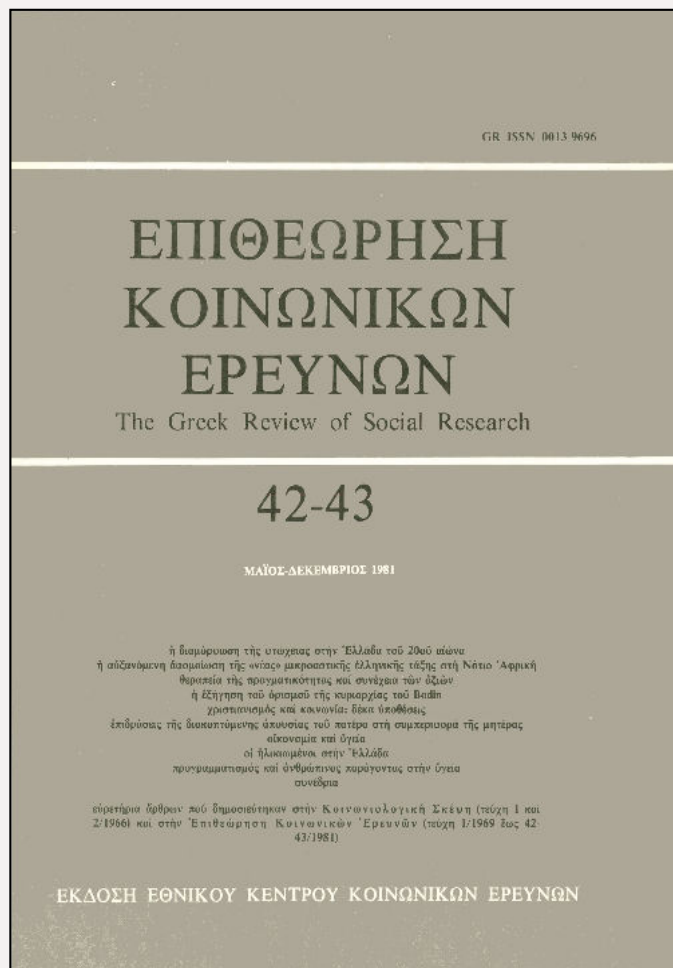


Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών

Τομ. 42, 1981



Οικονομία και υγεία: Η περίπτωση της Ελλάδας

Πετρόχειλος Γιώργος Α. Polytechnic Coventry
<https://doi.org/10.12681/grsr.422>

Copyright © 1981 Γιώργος Α. Πετρόχειλος



To cite this article:

Πετρόχειλος, Γ. (1981). Οικονομία και υγεία: Η περίπτωση της Ελλάδας. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 42(42-43), 194-200. doi:<https://doi.org/10.12681/grsr.422>

οικονομία καί υγεία

Ἡ περίπτωση τῆς Ἑλλάδας

τοῦ
Γιώργου Α. Πετρόχειλου

Coventry (Lanchester) Polytechnic
Coventry, England

Εισήγηση στό διήμερο μελέτης ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΡΑ-
ΤΟΣ τῆς Ἑνώσης Ἑλλήνων Πανεπιστημιακῶν
Δυτ. Εὐρώπης (τμήμα Βρεταννίας) Ἀθήνα, 12-13
Δεκέμβρη 1980

γενικά

Ἡ οικονομική ἐπιστήμη ἡ σχετική μέ θέματα υγείας ἔχει σάν πρωταρχικό ρόλο νά ἀσχολεῖται μέ τό πρόβλημα ἐπιλογῶν κάτω ἀπό συνθήκες περιορισμῶν. Ἡ υγεία μιᾶς κοινωνίας διατηρεῖται συνήθως σ' ἓνα περιβάλλον πού χαρακτηρίζεται ἀπό ἀνεπάρκεια πόρων. Ἀλλά οἱ πόροι αὐτοί ἔχουν ἐπίσης ἓνα κόστος εὐκαιρίας, πού ἀντλεῖται ἀπό τά ἄλλα ἀγαθά ἢ ὑπηρεσίες, πού θά μπορούσαν νά παραχθοῦν στή θέση τῶν ὑπηρεσιῶν υγείας. Μποροῦμε λοιπόν νά διαθέσουμε περισσότερους πόρους γιά τή διατήρηση τῆς υγείας μόνο ἂν ἐλαττώσουμε τήν παραγωγή ἄλλων ἀγαθῶν ἢ ὑπηρεσιῶν. Συνεπῶς, ὅπως ἄλλωστε συμβαίνει καί σέ ἄλλους τομεῖς τῆς ἀνθρώπινης δραστηριότητος, προκύπτει κι ἐδῶ τό πρόβλημα τῆς ἐπιλογῆς, στό ὁποῖο ἡ οικονομική ἐπιστήμη καλεῖται νά δώσει μιᾶ ἀπάντηση.

Ξεκινώντας ἀπό τή διαπίστωση ὅτι ἡ υγεία ἀποτελεῖ ἓνα ἐπιθυμητό ἀγαθό πού κάθε κοινωνία ἐπιζητεῖ, τό ἐρώτημα πού ἀνακύπτει εἶναι: Ποιός εἶναι ὁ καλύτερος κι ἀποδοτικότερος τρόπος ὀργάνωσης καί χρηματοδότησης ἐνός συστήματος υγείας πού θά πετύχει αὐτόν τόν ἀντικειμενικό σκοπό; Τό θέμα αὐτό εἶχε ἀποτελέσει παλιότερα σέ ἄλλες χῶρες ἀντικείμενο συζήτησης μεταξύ διαφόρων θεωρητικῶν γιά προβλήματα υγείας· ἡ συζήτηση περιστράφηκε γύρω ἀπό τά πλεονεκτήματα καί μειονεκτήματα δύο ἐναλλακτικῶν συστημάτων ὀργάνωσης: ἐνός βασιζομένου στήν ἀγορά κι ἐνός κοινωνικοποιημένου. Ἀναντίρρητα, τό θέμα ἦταν καί παραμένει δύσκολο καί ἡ ἀπάντησή στήν αὐτή ἴσως περισσότερο σέ ἀξιολογικές κρίσεις καί πολιτική ἰδεολογία παρά σέ καθαρά οικονομικούς λόγους. Ἴσως γιά τοῦτο παρατηρεῖται σήμερα μιᾶ στροφή τοῦ ἐνδιαφέροντος τῶν οικονομολόγων, πού ἀσχολοῦνται μέ θέματα υγείας, πρὸς τόν ἐμπειρισμό· στή μελέτη δηλαδή καί ἀντιμετώπιση πραγματικῶν προβλημάτων πού ἀνακύπτουν κάτω ἀπό διαφορετικά συστήματα ὀργάνωσης καί στήν ἐφαρμογή θεωρίας γιά τήν ἐπίλυσή τους.

Ἀπ' ὅ,τι εἶναι γνωστό, τό θέμα τοῦ συστήματος ὀργάνωσης τῶν ὑπηρεσιῶν υγείας δέν ἔχει συζητηθεῖ ἐπαρκῶς στήν Ἑλλάδα. Γιά τοῦτο προτείνεται, μέσω τῆς παρούσας εἰσήγησης, ἡ ἐξέταση ὀρισμένων οικονομικῶν ἐννοιῶν σχετικῶν μέ τήν υγεία καί ἰδιαίτερα ὀρισμένων χαρακτηριστικῶν ἐνός ἀπό τοὺς κύριους προσδιοριστικούς τῆς παράγοντες, δηλαδή τῆς ἱατρικῆς περίθαλψης, καί ἡ προσπάθεια συναγωγῆς συμπερασμάτων ἀναφορικά μέ τόν προτιμητέο μηχανισμό παραγωγῆς καί κατανομῆς τῶν ὑπηρεσιῶν αὐτῶν.

ἡ ἐφαρμογή οικονομικῆς θεωρίας σέ θέματα υγείας

Οἱ κύριοι προσδιοριστικοί παράγοντες τῆς υγείας εἶναι ἡ διατροφή, ἡ στέγαση, ὁ ρουχισμός, ἡ ὑγιεινὴ καί ἡ ἱατρικὴ περίθαλψη. Ἀνάλογα μέ τίς συνθήκες διαβίωσης μιᾶς κοινωνίας, βελτιώσεις στοὺς τέσσερις πρῶτους παράγοντες μπορεῖ νά ἐπιδράσουν σημαντικὰ στή βελτίωση τῆς υγείας τοῦ πληθυσμοῦ τῆς κοινωνίας αὐτῆς. Σέ γενικὲς γραμμές, τό εἰσόδημα καί ὁ ἐκπολιτισμὸς μιᾶς κοινωνίας ἐπιδρῶν θετικὰ σέ ὁλοὺς αὐτοὺς τοὺς συντελεστὲς, χωρὶς αὐτό νά σημαί-

νει, φυσικά, πώς οι πλούσιοι λαοί έχουν άνοσία. Σε σύγχρονες πάντως κοινωνίες, που έχουν ως επί το πολύ εξασφαλίσει άνετες συνθήκες διαβίωσης, ή διατήρηση και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού βασίζεται στην παροχή ιατρικής φροντίδας τόσο προληπτικής όσο και θεραπευτικής.

Για την ικανοποιητική εφαρμογή οικονομικής ανάλυσης σε θέματα ιατρικής περίθαλψης χρειάζονται:

- α) Ο όρισμός του προϊόντος των υπηρεσιών υγείας.
- β) Η γνώση του τρόπου με τον οποίο η κοινωνία ιεραρχεί αυτά τα προϊόντα από πλευράς προτεραιότητας.

γ) Η ποσότητα και σύνθεση των παραγωγικών συντελεστών που απαιτούνται για την παραγωγή αυτών των προϊόντων (δηλαδή η συνάρτηση παραγωγής), καθώς και

δ) Το κόστος ευκαιρίας των προϊόντων αυτών, δηλαδή τι άλλα προϊόντα ή υπηρεσίες θα μπορούσαν να παραχθούν στη θέση τους.

Όπως και σε ορισμένους άλλους τομείς ανθρώπινης δραστηριότητας, όπως λ.χ. στην εκπαίδευση, απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα είναι εξαιρετικά δύσκολες. Προς το παρόν δεν υπάρχει ικανοποιητικός όρισμός του προϊόντος των υπηρεσιών υγείας, λ.χ. ενός νοσοκομείου. Αποτελεί προϊόν ο αριθμός των ασθενών που έχουν δεχθεί θεραπεία ή ο αριθμός των ασθενών που έχουν θεραπευθεί, ή μήπως το προϊόν μπορεί να εκτιμηθεί μετρώντας τις ώρες εργασίας γιατρών, νοσοκόμων και του άλλου προσωπικού;

Μία μερική προσπάθεια για να δοθεί απάντηση στο δεύτερο ερώτημα διαφαίνεται άμεσα πιο κάτω, στα πλαίσια αντιμετώπισης των δαπανών υγείας εάν επένδυσης· αλλά κι αυτή δεν είναι ικανοποιητική. Επίσης, δεν υπάρχει κάποια μοναδική τεχνολογία για τον έπακριβη καθορισμό των πόρων που απαιτούνται για τη θεραπεία κάθε ασθενούς. Προβλήματα επίσης ανακύπτουν σχετικά με την εκτίμηση του κόστους ευκαιρίας του προϊόντος των υπηρεσιών υγείας. Πέρα από το κοινωνικό κόστος των παραγωγικών συντελεστών που έχουν χρησιμοποιηθεί, θα πρέπει επί πλέον να ληφθεί υπόψη το ανθρωπιστικό κόστος που συνεπάγεται η αδυναμία εισαγωγής, λ.χ., κάποιου ασθενή σε νοσοκομείο, γιατί δεν υπάρχει διαθέσιμο κρεβάτι. Πώς γίνεται η αξιολόγηση του πόνου, της μίζεριας ή της χαράς σε περίπτωση θεραπείας;

Οι δαπάνες για την υγεία έχουν συχνά αντιμετωπιστεί από οικονομολόγους είτε σαν κατανάλωση, είτε συχνότερα σαν επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο, παρόμοια με τη γενική εκπαίδευση ή με την επαγγελματική εκπαίδευση του εργατικού δυναμικού. Όπως η επένδυση, λ.χ., σε επαγγελματική εκπαίδευση αναμένεται να οδηγήσει σε αύξηση της παραγωγικότητας και αύξηση του εισοδήματος, με συνέπεια τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, έτσι και κάτω από μία στενή οικονομική έννοια υπάρχουν ορισμένα χρηματικά όφελος από επενδύσεις στις υπηρεσίες υγείας. Το επιχείρημα είναι πώς μία κοινωνία, έχοντας επενδύσει σε τέτοιες υπηρεσίες, προσδοκά κάποιο χρηματικό όφελος, αφού ένας υγιής πληθυσμός (και συνεπώς εργατικό δυναμικό) επηρεάζει θετικά την παραγωγή και τη βελτίωση του βιοτικού του επιπέδου. Μία τέτοια

θεώρηση όμως δεν είναι απαλλαγμένη από μεθοδολογικές και αναλυτικές περιπλοκές, γιατί προϋποθέτει, για την αξιολόγηση κάθε επένδυσης, λ.χ., σε νοσοκομείο, την εκτίμηση του όφελους που θα προκύψει στην κοινωνία από την ύπαρξη της μονάδας αυτής και τη σύγκρισή του με το κοινωνικό κόστος κατασκευής του νοσοκομείου και της επάνδρωσής του. Κάτι τέτοιο είναι αρκετά δύσκολο για δύο λόγους κυρίως. Ο πρώτος είναι πώς το προϊόν των υπηρεσιών υγείας (όπως ένα νοσοκομείο) δεν είναι επακριβώς καθορισμένο, όπως έδειξε η πιο πάνω ανάλυση. Ο δεύτερος λόγος, ακόμη κι αν υποθεθεί πώς το προϊόν μπορεί επακριβώς να καθοριστεί, βρίσκεται στην αξιολόγησή του. Οι οικονομολόγοι χρησιμοποιούν συνήθως για την αξιολόγηση τέτοιων επενδύσεων μονάδες χρόνου, αλλά οι τιμές που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της εξοικονόμησης χρόνου έχουν κάποια δόση αυθαιρεσίας. Στην προκειμένη περίπτωση, μία επένδυση σε νοσοκομείο επιτρέπει στους ασθενείς (που νωρίτερα έπρεπε να περιμένουν) ταχύτερη θεραπεία, εξοικονομώντας έτσι χρόνο στα άτομα, και η οποία αξιολογείται ανάλογα με την παραγωγική τους ικανότητα. Αν λοιπόν είναι δυνατόν αυτή η ροή εισοδήματος (όφελος), που προκύπτει κατά τη διάρκεια της ζωής του νοσοκομείου, να εκτιμηθεί, τότε η αξιολόγηση της επένδυσης διευκολύνεται με την εξεύρεση της παρούσας¹ αξίας του όφελους αυτού και τη σύγκρισή του με το αρχικό κόστος της επένδυσης. Η τεχνοκρατική αυτή θεώρηση που σκιαγραφήθηκε αγνοεί άλλους εξ ίσου σπουδαίους τομείς σχετικά με το πρόβλημα, αλλά αυτό δεν αποτελεί μειονέκτημα της θεωρίας. Αντικατοπτρίζει μάλλον την ανθρώπινη αδυναμία να αξιολογήσει τόσο το κοινωνικό και ανθρωπιστικό όφελος όσο και κόστος, που προκύπτουν από την καταπολέμηση και μείωση ή όχι του πόνου και της μίζεριας των ασθενών και των λοιπών μελών των οικογενειών τους και της υπόλοιπης κοινωνίας. Δηλαδή το ερώτημα είναι: πώς αξιολογούνται τα αυλα αγαθά και «κακά» που σχετίζονται με την αρχική επένδυση.

η ζήτηση ιατρικής περίθαλψης

Η παραπάνω εξέταση των προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας έδειξε πώς η ζήτηση ιατρικής περίθαλψης είναι ζήτηση παράγωγη, που υπάρχει εάν συνέπεια της ζήτησης υγείας αυτής καθ' εαυτήν. Η ιατρική περίθαλψη όμως έχει ορισμένα χαρακτηριστικά που την διαφοροποιούν από άλλα οικονομικά αγαθά. Τα χαρακτηριστικά αυτά βρίσκονται τόσο στην πλευρά της ζήτησης όσο και στην πλευρά της προσφοράς της ιατρικής περίθαλψης και χρειάζονται μία σύντομη επισκόπηση.

Από πλευράς οικονομικής ανάλυσης, εκείνο που

1. Το ίδιο φυσικά δημιουργεί τη δυσκολία εξεύρεσης ενός επιτοκίου κοινωνικού κόστους ευκαιρίας (social opportunity cost rate) ή ενός επιτοκίου χρονικής κοινωνικής προτίμησης (social time preference rate) για την προεξόφληση των ροών κόστους και όφελους.

παρουσιάζει ενδιαφέρον, όσον αφορά τή ζήτηση ιατρικής περίθαλψης, είναι οι προσδιοριστικοί παράγοντες τής ζήτησης αυτής και ό τρόπος μέ τόν όποιο επιδρούν, ώστε νά είναι δυνατή κάποια εκτίμηση τής ζήτησης. Ή εκτίμηση όμως τής ζήτησης ιατρικής περίθαλψης διαφέρει από τήν εκτίμηση άλλων οικονομικών αγαθών. Τουτό δέν όφείλεται στό γεγονός ότι ή ζήτηση αυτή είναι άκανόνιστη και άπρόβλεπτη μιά και κάτι τέτοιο συμβαίνει και μέ άλλες μορφές αγαθών και υπηρεσιών. Οι δυσκολίες έντοπίζονται στά ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τής ιατρικής περίθαλψης. Κατ' άρχήν, οι τιμές δέν παίζουν τόν ίδιο ρόλο στην εκτίμηση τής ζήτησης ιατρικής περίθαλψης μ' αυτόν πού παίζουν σέ άλλα αγαθά ή υπηρεσίες. Ό λόγος είναι ότι στά περισσότερα συστήματα όργάνωσης τών υπηρεσιών ύγείας οι τιμές πού πληρώνουν οι άσθενείς, όταν κάνουν χρήση τών υπηρεσιών αυτών, επιδοτούνται είτε μέ τή μορφή φορολογικών έλαφρύνσεων είτε μέ κάποια μορφή ασφάλισης, πού κάνει τήν εκτίμηση τής ζήτησης τών υπηρεσιών αυτών δύσκολη. Πάντως, έμπειρικές μελέτες έχουν δείξει πώς ή ζήτηση ιατρικής περίθαλψης είναι άνελαστική σέ σχέση μέ τήν τιμή τής.

Έκείνο όμως πού άποτελεί τό μεγαλύτερο πρόβλημα, όσον αφορά τήν εκτίμηση τής ζήτησης ιατρικής περίθαλψης, είναι ό ειδικός ρόλος τού γιατρού ως παραγωγού τών υπηρεσιών ύγείας. Ένώ για άλλα αγαθά και υπηρεσίες ό καταναλωτής αποφασίζει, στό μέτρο πού μπορεί, για τήν ποσότητα πού θά αγοράσει, μέ βάση τό εισόδημά του, τις τιμές και τις προτιμήσεις του, όταν πρόκειται για ιατρική περίθαλψη, ή άγνοια τού άσθενή γύρω από ιατρικά θέματα μεταθέτει τό ρόλο αυτόν από τόν άσθενή στό γιατρό. Ό γιατρός, ένεργώντας για λογαριασμό τού άσθενή ως αντιπρόσωπος του δηλαδή, καθορίζει τις περισσότερες φορές τήν ποσότητα και ποιότητα τών υπηρεσιών πού ζητούνται, λ.χ., τό είδος τής θεραπείας πού πρέπει νά ακολουθηθεί, κρίνει άν άπαιτείται έγχειρση ή πόσον χρόνο πρέπει νά παραμείνει ό άσθενής στό νοσοκομείο κτλ. "Αν ό γιατρός (ένεργώντας ως αντιπρόσωπος τού άσθενή) παίρνει αυτές τις αποφάσεις μέ κριτήρια τήν κοινωνική και οικονομική κατάσταση καθώς και τις προτιμήσεις τού άσθενή, τότε οι συνέπειες στην εκτίμηση τής ζήτησης ιατρικής περίθαλψης πιθανό νά μήν είναι σοβαρές. Συνήθως όμως οι γιατροί έχουν άτελή πληροφόρηση γύρω από τις προτιμήσεις και κοινωνικοοικονομικές συνθήκες τών άσθενών και είναι επίσης πιθανό άλλοι παράγοντες νά επηρεάζουν τις αποφάσεις τους, ιδιαίτερα όταν λειτουργούν κάτω από διαφορετικά συστήματα όργάνωσης τής ιατρικής περίθαλψης.

Αυτή ή ανάλυση έξηγει τό λόγο πού ή συμπεριφορά τού γιατρού είναι (ή πρέπει νά είναι) διαφορετική από αυτή τού έπιχειρηματία. Ακόμη και κάτω από ένα σύστημα αγοράς, στό όποιο επικρατεί τό κίνητρο τού κέρδους, ό γιατρός δέν επιτρέπεται νά έμφορεύται από ό,τι ή Joan Robinson άποκαλεί «...τά ζωώδη ένστικτα τών έπιχειρηματιών». Και τουτό γιατί υπάρχει ένας συλλογικός προσανατολισμός, σέ αντίθεση μέ τόν άτομισμό, πού διακρίνει τήν ιατρική και όρισμένα άλλα επαγγέλματα από τήν τυπική έπιχειρηματική

δραστηριότητα. Ή συμπεριφορά ενός γιατρού υποτίθεται πώς καθορίζεται από τό ενδιαφέρον του για τήν ευημερία τού πελάτη του, πράγμα πού δέν συμβαίνει μέ τόν μέσο έπιχειρηματία. Λ.χ., οι ιατρικές συμβουλές υποτίθεται πώς είναι διαζευγμένες από τό προσωπικό συμφέρον τών γιατρών καθώς επίσης και ή προτεινόμενη θεραπεία υποτίθεται πώς υπαγορεύεται από τις άντικειμενικές άνάγκες τής συγκεκριμένης περίπτωσης και δέν περιορίζεται από οικονομικούς λόγους.

Συμμόρφωση πρός τό είδος τής συμπεριφοράς πού υπαγορεύεται από τόν συλλογικό προσανατολισμό είναι ιδιαίτερα σημαντική, γιατί ή σχέση γιατρού-άσθενή, πού είναι βασικά σχέση έμπιστοσύνης, επιδρά στην ποιότητα τής προσφερόμενης ιατρικής περίθαλψης. Αυτή ή σχέση έμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού και άσθενή έξηγει επίσης τό λόγο πού οι άσθενείς επιδιώκουν νά παρακολουθούνται από τόν ίδιο γιατρό.

Επί πλέον, ύπάρχει τό πρόβλημα τής άβεβαιότητας για τούς άσθενείς· και ή άβεβαιότητα αυτή παίρνει διαφορετικές μορφές.² Ό άσθενής είναι άβέβαιος για τήν ποιότητα και άποτελεσματικότητα τής προσφερόμενης ιατρικής περίθαλψης· και ή άβεβαιότητα στην προκειμένη περίπτωση είναι έντονότερη από ό,τι συμβαίνει μέ άλλα αγαθά ή υπηρεσίες. Ανάρρωση από άσθένεια είναι άπρόβλεπτη, ιδιαίτερα από σοβαρή άσθένεια. Επίσης είναι δυνατόν ή άβεβαιότητα αυτή τις περισσότερες φορές νά ισχύει κατ' επέκταση και για τό γιατρό, αλλά ύπάρχει μιά ποιοτική διαφορά μεταξύ τής άβεβαιότητας τού άσθενή και τής άβεβαιότητας τού γιατρού, πράγμα πού στηρίζεται στη διαφορετική κατοχή ιατρικών γνώσεων. Φυσικά, τόσο ό γιατρός όσο κι ό άσθενής, είναι ένήμεροι τής ύπαρξης άνισης πληροφόρησης, κι αυτή ή άνισότητα είναι πού επηρεάζει τή σχέση γιατρού-άσθενή. Μιά άλλη μορφή άβεβαιότητας δημιουργείται από τό γεγονός ότι άσθενείς πού χρειάζονται ιατρική φροντίδα ζητούν ιατρικές υπηρεσίες χωρίς νά γνωρίζουν από τήν άρχή τό συνολικό τους κόστος, μελλοντί αυτή ή μορφή είναι ειδική περίπτωση τής έλλειψης πληροφόρησης πού άναφέρθηκε πιο πάνω.

ή προσφορά ιατρικών υπηρεσιών

Από τήν πλευρά τής προσφοράς, ή οικονομική ανάλυση διδάσκει πώς, κάτω από συνθήκες άνταγωνιστικής οικονομίας, ή προσφορά ενός αγαθού καθορίζεται από τήν καθαρή άπόδοση τών παραγωγικών συντελεστών πού χρησιμοποιούνται στην παραγωγή του, σέ σύγκριση μέ τήν άπόδοση πού οι ίδιοι αυτοί συντελεστές έχουν όταν χρησιμοποιούνται σέ κάποια άλλη παραγωγική δραστηριότητα. Έξετάζοντας τήν προσφορά τής ιατρικής περίθαλψης, τά ακόλουθα σημεία πρέπει νά τονίσουμε. Αυτά τά σημεία είναι σέ μεγάλο βαθμό κοινά μέ τήν προσφορά όρισμένων άλλων

2. Ένα σχετικό θέμα είναι επίσης ό κίνδυνος πού διατρέχουν τά άτομα νά άσθενήσουν και ό τρόπος αντιμετώπισής του. Συνήθως, ό κίνδυνος αντιμετώπιζεται μέ κάποια μορφή ασφάλισης, για τήν όποια θά μιλήσουμε έκτενέστερα πιο κάτω.

λων μορφών υπηρεσιών, που απαιτούν προηγμένη εκπαίδευση.

Η προσφορά γιατρών ελέγχεται μέσω της περιορισμένης εισόδου στο επάγγελμα, τόσο με πολύχρονες σπουδές όσο και με άδεια εξάσκησης επαγγέλματος. Η οικονομική συνέπεια αυτού του περιορισμού της προσφοράς γιατρών είναι πώς το κόστος της ιατρικής περίθαλψης αυξάνει, ή πολιτική όμως αυτή του περιορισμού εξασφαλίζει, κατά τους υποστηρικτές της, ένα ελάχιστο απαραίτητων ικανοτήτων στους γιατρούς.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό από την πλευρά της προσφοράς είναι πώς το κόστος των ιατρικών σπουδών επιδοτείται περισσότερο ίσως από το κόστος όποιωνδήποτε άλλων σπουδών. Σάν αποτέλεσμα αυτής της επιδότησης υπάρχει μία σημαντική διαφορά μεταξύ ατομικού όφελους και ατομικού κόστους για τους σπουδαστές ιατρικών σχολών, πράγμα που θα έτεινε να μειώνει την τιμή προσφοράς της ιατρικής περίθαλψης. Κάτι τέτοιο όμως δεν συμβαίνει, γιατί αυτή η τάση αντισταθμίζεται από τους επιβαλλόμενους περιορισμούς στους αριθμούς εισακτέων σπουδαστών.

Αναφορικά με τις άμοιβές των γιατρών παρατηρείται πώς, κάτω από ένα αγοραίο σύστημα οργάνωσης της ιατρικής περίθαλψης, διάφορες μορφές τιμολογιακής πολιτικής έχουν προκύψει. Μία τέτοια μορφή είναι, λ.χ., ο σημαντικός διαφορισμός άμοιβών που ένας γιατρός είναι σε θέση να επιβάλλει σε διάφορους ασθενείς, παρόμοιος με το διαφορισμό τιμής κάτω από μονοπωλιακές συνθήκες, με τη διαφορά πώς βάση του διαφορισμού είναι το εισόδημα του ασθενή (χαμηλή και ίσως μηδαμινή άμοιβή για άπορους και υψηλή άμοιβή για πλούσιους ασθενείς). Άλλη μορφή, πιο διαδομένη, είναι ο καθορισμός άμοιβών από πολλούς γιατρούς στα ίδια περίπου επίπεδα, χωρίς αναγκαστικά να έχει προηγηθεί φανερή ή σιωπηρή συνεννόηση μεταξύ των γιατρών, πρακτική που είναι παρόμοια με το μονοπωλιακό *price leadership*, της πρακτικής δηλαδή των γιατρών να ζητούν τις ίδιες άμοιβές που επιβάλλουν οι επικεφαλής του επαγγέλματός τους. Η πρακτική αυτή είναι χαρακτηριστική ολιγοπωλιακών καταστάσεων στην αγορά της ιατρικής περίθαλψης. Αντίθετα, ζωντανός ανταγωνισμός άμοιβών μεταξύ των γιατρών δεν είναι διαδομένος. Φυσικά, οι γιατροί δεν είναι μόνοι στην εφαρμογή αυτών των περιοριστικών πρακτικών, γιατί παρόμοιες πρακτικές ακολουθούνται κι από άλλα ελεύθερα επαγγέλματα. Κάτι τέτοιο δημιουργεί τη σκέψη ότι δεν θα ήταν ασκοπο να υποβληθούν και οι υπηρεσίες αυτές κάτω από τον έλεγχο της αντιμονοπωλιακής νομοθεσίας, που συνήθως καλύπτει τον μεταποιητικό τομέα της οικονομίας.

Εξωτερικές επιδράσεις (externalities)

Μία άλλη μορφή χαρακτηριστικών της ιατρικής περίθαλψης, που σχετίζονται με την επιλογή του καταλληλότερου συστήματος οργάνωσης της παραγωγής και κατανομής της, είναι οι λεγόμενες εξωτερικές επιδράσεις (externalities). Τέτοιες επιδράσεις προκαλούνται από την πραγματοποίηση ενός έργου, για τις

οποίες όμως δεν υπάρχει υποχρέωση καταβολής αποζημίωσης μέσω του μηχανισμού αγοράς. Οι επιδράσεις αυτές χωρίζονται σε ευνοϊκές ή όφελι (external economies) και δυσμενείς ή δαπάνες (external diseconomies). Στο υπό εξέταση θέμα αυτές οι εξωτερικές επιδράσεις είναι δυνατόν να δημιουργηθούν σε περιπτώσεις:

- (α) Μεταδοτικών ασθενειών και τρόπου αντιμετώπισής τους.
- (β) Επέκτασης των υπηρεσιών υγείας για πιθανή μελλοντική χρήση, και
- (γ) Παροχής ιατρικής περίθαλψης σε τρίτους.

Στην περίπτωση μεταδοτικών ασθενειών, τα μέλη μίας κοινωνίας απολαμβάνουν κάποιο εξωτερικό όφελος από το γεγονός πώς τρίτοι έχουν εμβολιαστεί, αφού ο εμβολιασμός περιορίζει τον κίνδυνο εξάπλωσης της ασθένειας (δηλαδή το όφελος από τον εμβολιασμό ενός προσώπου εκτείνεται επίσης και σε άλλους). Η αντίστροφη περίπτωση ισχύει επίσης, δηλαδή αν κάποιος δεν εμβολιάζεται θέτει σε κίνδυνο όχι μόνο τον εαυτό του αλλά και τρίτους, δημιουργώντας κάποια εξωτερική δαπάνη. Είναι λοιπόν φανερό πώς τα μέλη μίας κοινωνίας απολαμβάνουν κάποιο εξωτερικό όφελος από προγράμματα γενικού εμβολιασμού ή προγράμματα εξάλειψης εστιών μόλυνσης (έλη κτλ.). Αφού αυτές οι υπηρεσίες έχουν τη μορφή «δημόσιου αγαθού», προσφέρονται συνήθως από το Κράτος και χρηματοδοτούνται από γενική φορολογία. Αυτό ο τρόπος είναι προτιμότερος από κάθε μορφή ιδιωτικής παροχής των υπηρεσιών αυτών και έχει επίσης το πλεονέκτημα πώς λύνει το πρόβλημα του «ελεύθερου σκοπευτή» (free rider) της νοστορίας, δηλαδή των ατόμων να καταναλώνουν το «δημόσιο αγαθό», χωρίς να συμβάλλουν στο κόστος παραγωγής του, όταν γνωρίζουν πώς άλλοι πληρώνουν για την παροχή του.

Επίσης, τα άτομα είναι πιθανόν να απολαμβάνουν κάποια ωφέλεια, όταν γνωρίζουν πώς υπάρχει, λ.χ., επαρκής ικανότητα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων για την παροχή υπηρεσιών—ένδεχόμενα στο μέλλον—μολονότι προς το παρόν δεν χρειάζονται αυτές.

Η τελευταία κατηγορία εξωτερικού όφελους αφορά στην περίπτωση ορισμένων ατόμων, που, κατά τη γνώμη τρίτων, έχουν ανάγκη ιατρικής περίθαλψης και είτε δεν την ζητούν είτε δεν έχουν επαρκή περίθαλψη. Το αυτό είναι δυνατό να οφείλεται σε διάφορους λόγους, όπως: (α) στο γεγονός ότι τα άτομα αυτά δεν γνωρίζουν ότι έχουν ανάγκη φροντίδας (δηλαδή στην έλλειψη ορθολογιστικότητας), (β) στην έλλειψη επαρκών εισοδημάτων και (γ) στην έλλειψη ασφάλισης, λόγω άρνησης, π.χ., των ασφαλιστικών εταιριών να ασφαλίσουν τα άτομα αυτά, επειδή πάσχουν από χρόνιες ή πολυδάπανες ασθένειες, κτλ. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, η παροχή των αναγκαίων υπηρεσιών στα άτομα αυτά αποφέρει κάποιο εξωτερικό όφελος, αφού τα προστατεύει από ασθένειες που πιθανόν να τους είχαν μεταδοθεί αν δεν διαβιούσαν σε υγιεινό περιβάλλον.

Στις περιπτώσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω, το αγοραίο σύστημα παροχής ιατρικής περίθαλψης δεν

είναι εύκολο να φθάσει σε ικανοποιητικά αποτελέσματα, εξαιτίας της αδυναμίας του να ασχοληθεί με επιτυχία με το πρόβλημα των εξωτερικών επιδράσεων. Έπομένως, είναι προτιμότερο η παραγωγή και κατανομή ιατρικής περίθαλψης να γίνεται μέσω ενός κοινωνικοποιημένου συστήματος, το οποίο είναι πιθανό να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα.

Οι ιδιομορφίες της ιατρικής περίθαλψης, και ειδικότερα ο κίνδυνος ασθένειας, έχουν οδηγήσει στη δημιουργία κατάλληλων μηχανισμών για την αντιμετώπισή τους. Οι μηχανισμοί αυτοί είναι τα διάφορα συστήματα ασφαλίσεων που επιτρέπουν στα άτομα να ξεπεράσουν ένδεχόμενες ασθένειες που απαιτούν πολυδάπανες θεραπείες. Οι μηχανισμοί ασφάλισης μπορούν να πάρουν διαφορετικές μορφές (αναφορικά με την έκταση κάλυψης, διάρκεια κτλ.), και να έχουν διαφορετικούς φορείς (όπως λ.χ. ιδιωτικούς, κρατικούς), αλλά η βασική τους αποστολή είναι η επιδίωξη της τιμής προσφοράς της ιατρικής περίθαλψης στο σημείο έπαφής γιατρού-ασθενή, διευκολύνοντας έτσι τα άτομα να αντιμετωπίσουν άπρόοπτα περιστατικά και μακρόχρονες και πολυέξοδες θεραπείες.

άποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα

Από οικονομικής πλευράς, η παροχή ιατρικών υπηρεσιών αποτελεί μέρος της διαδικασίας κατανομής πόρων· η τελευταία έχει δύο βασικές μορφές. Κάτω από ένα σύστημα αγοράς, η ποιότητα και ποσότητα των ιατρικών υπηρεσιών που παράγονται, προσδιορίζονται από τις προτιμήσεις των ατόμων (καταναλωτών) και τη δυνατότητά τους να πληρώσουν. Αντίθετα, σ' ένα κεντροποιημένο, κοινωνικοποιημένο σύστημα παροχής ιατρικής περίθαλψης, το τί και πόσο θα παραχθεί, καθορίζεται από πολιτικούς ή συχνότερα από εμπειρογνώμονες μεταξύ των οποίων συνήθως οι γιατροί αποτελούν την πλειοψηφία. Ανεξάρτητα όμως από το επιλεγόμενο σύστημα κατανομής πόρων, μία βασική προϋπόθεση της οικονομικής θεωρίας πρέπει να ικανοποιείται ώστε να μη δημιουργείται σπατάλη των περιορισμένων αυτών πόρων. Το σύστημα πρέπει να είναι άποδοτικό με την οικονομική έννοια. Δηλαδή να παράγει με το χαμηλότερο δυνατό κόστος εκείνα ακριβώς τα προϊόντα και υπηρεσίες που ζητούνται περισσότερο από τα άτομα.

Η έννοια της άποδοτικότητας εφαρμόζεται στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης με διάφορες μορφές. Μία ιατρική διαδικασία μπορεί να είναι κλινικά άποδοτική, δηλαδή να είναι ή πιο αποτελεσματική από τις διαθέσιμες θεραπείες, για την ίαση κάποιας ασθένειας, ανεξάρτητα από το κόστος της. Επίσης, μία διαδικασία μπορεί να είναι αποτελεσματική κόστους, δηλαδή η φθηνότερη διαθέσιμη θεραπεία για την επίτευξη του ίδιου αντικειμενικού σκοπού, της ίασης του ασθενή. Τέλος, μία διαδικασία μπορεί να ικανοποιεί το κριτήριο της οικονομικής άποδοτικότητας, δηλαδή να ελαχιστοποιεί το κόστος των προσφερομένων υπηρεσιών που είναι ακριβώς εκείνες που ζητούνται από το κοινωνικό σύνολο, μεγιστοποιώντας ταυτόχρονα το όφελος των καταναλωτών.

η περίπτωση της Ελλάδας

Αφού περιγράψαμε κάπως συνοπτικά τις διάφορες οικονομικές ιδιομορφίες και τα χαρακτηριστικά της ιατρικής περίθαλψης και αναλύσαμε ορισμένες οικονομικές έννοιες, όπως εφαρμόζονται στον τομέα παροχής της, προκύπτει το ερώτημα: Ποιός είναι ο καταλληλότερος τρόπος οργάνωσης ενός τέτοιου συστήματος παροχής ιατρικών υπηρεσιών για τις ανάγκες του ελληνικού λαού;

Η οικονομική ανάλυση διδάσκει πώς κάτω από ορισμένες συγκεκριμένες και αυστηρά καθορισμένες προϋποθέσεις το σύστημα αγοράς οδηγεί στην πιο άποδοτική και αποτελεσματική παροχή αγαθών και υπηρεσιών, με αποτέλεσμα την ελαχιστοποίηση του κόστους και μεγιστοποίηση του όφελους (αριστοποίηση). Οι προϋποθέσεις αυτές καθορίζουν μία συγκεκριμένη μορφή αγοράς που είναι γνωστή ως τέλειος ανταγωνισμός. Συνεπώς, ο τέλειος ανταγωνισμός αποτελεί την αναγκαία και ικανή συνθήκη για την επίτευξη της αριστοποίησης με τη μορφή που δόθηκε παραπάνω.

Επειδή τα τελευταία χρόνια επικρατεί μία προτίμηση στο σύστημα αγοράς σε διάφορους τομείς δραστηριότητας και σε διάφορες χώρες, είναι σκόπιμο να τονιστούν μερικές από τις κρίσιμες αυτές προϋποθέσεις, ώστε να διευκρινιστεί η ανάλυση. Οι σημαντικότερες από αυτές είναι: (α) η ομοιογένεια του προσφερόμενου αγαθού ή υπηρεσίας, (β) η τέλεια πληροφόρηση τόσο από πλευράς προσφοράς όσο και ζήτησης, αναφορικά με τις ιδιότητες του αγαθού ή υπηρεσίας, και (γ) ο μεγάλος αριθμός αγοραστών και πωλητών. Οι προϋποθέσεις αυτές συνεπάγονται πώς κανείς, είτε αγοραστής είτε πωλητής των υπηρεσιών, δεν είναι σε θέση να καθορίζει την τιμή τους, ή οποία προσδιορίζεται αποκλειστικά και μόνο από την αλληλεπίδραση της προσφοράς και ζήτησης.

Αν οι προϋποθέσεις αυτές δεν πληρούνται, τότε δεν είναι δυνατή η επίτευξη της αριστοποίησης (με την έννοια της μεγιστοποίησης της κοινωνικής ευμερίας), ενώ και η μερική μόνο τήρηση των προϋποθέσεων αυτών πάλι δεν είναι επιθυμητή. Φυσικά, η αξία μιας ιδανικής αγοράς βρίσκεται στο ρόλο της ως μέτρου πραγματικών καταστάσεων, γιατί είναι δυνατό να εξερευνηθεί κατά πόσο τα αποτελέσματα μιας πραγματικής αγοράς αποκλίνουν από αυτά μιας ιδανικής και να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα πολιτικής για τον περιορισμό αυτών των αποκλίσεων.

Οι οικονομικές ιδιομορφίες όμως της ιατρικής περίθαλψης είναι τέτοιες ώστε να παραβιάζουν τις προϋποθέσεις για την επίτευξη, μέσω ενός συστήματος αγοράς, όχι μόνο ενός άριστου, αλλά—σε συνδυασμό και με την άνιση κατανομή εισοδήματος σε πολλές χώρες—εστω κι ενός ικανοποιητικού αποτελέσματος όσον αφορά την κοινωνική ευημερία. Συνεπώς, η αδυναμία του συστήματος αγοράς να προσφέρει ικανοποιητική λύση στο πρόβλημα παροχής ιατρικής περίθαλψης είναι εκείνη που οδηγεί στην αναζήτηση εναλλακτικών οργανωτικών λύσεων.

Μία τέτοια λύση είναι το κοινωνικοποιημένο σύστημα οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας που έχει τις

ρίζες του βασικά στην παροχή ιατρικής περίθαλψης σύμφωνα με τα κριτήρια της ίσης μεταχείρισης των ασθενών και της ανάγκης τους για ιατρική περίθαλψη παρά σύμφωνα με την ικανότητά τους να πληρώσουν. Κάτω από ένα τέτοιο σύστημα, οι υπηρεσίες υγείας προσφέρονται δωρεάν στο κοινό, όπως λ.χ. η εκπαίδευση, η άμυνα, ή δικαιοσύνη κτλ. Δηλαδή, η ιατρική περίθαλψη παίρνει καθαρά τη μορφή δημόσιου αγαθού. Δωρεάν υγεία όμως, όπως και δωρεάν εκπαίδευση, δεν σημαίνει ότι οι υπηρεσίες αυτές δεν πληρώνονται. Οι υπηρεσίες είναι δωρεάν στο σημείο επαφής γιατρού-ασθενή, αλλά πληρώνονται είτε μέσω γενικής φορολογίας είτε μέσω ασφάλισης είτε μέσω ενός συνδυασμού των παραπάνω. Συνεπώς, ένα κοινωνικοποιημένο σύστημα υγείας συνεπάγεται μεγαλύτερη φορολογική επιβάρυνση για το κοινό, μολονότι η προοδευτικότητα της φορολογίας μπορεί να εξασφαλίσει μια σχετική ελάφρυνση του φορολογικού βάρους των χαμηλοτέρων εισοδηματικών τάξεων.

Η προτίμηση ενός κοινωνικοποιημένου συστήματος έναντι ενός αγοραίου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας δεν είναι δυνατό να βασιστεί σε α priori λόγους, αφού το Παρετειανό κριτήριο³ αξιολόγησης μέτρων πολιτικής δεν είναι εύκολο να εφαρμοστεί. Το ζήτημα είναι εμπειρικό, και σύγκριση των αποτελεσμάτων των δύο συστημάτων είναι δυνατή μόνο *a posteriori*. Συνεπώς, η απόφαση περί αλλαγής πολιτικής στηρίζεται αναγκαστικά και σε αξιολογικές κρίσεις αναφορικά με τα δύο συστήματα. Ανεξάρτητα όμως από ιδεολογικούς και πολιτικούς λόγους, τα οικονομικά επιχειρήματα εφαρμογής ενός κοινωνικοποιημένου συστήματος, οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι πολύ ισχυρά.

Οι υπάρχουσες ενδείξεις τείνουν να επιβεβαιώνουν τις προβλέψεις της οικονομικής θεωρίας για την ακαταλληλότητα του υπάρχοντος συστήματος. Η αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει την ιατρική περίθαλψη και η μονοπωλιακή δύναμη των γιατρών έχουν οδηγήσει σε τιμολογιακές πρακτικές που δεν διαφέρουν από εκείνες των μονοπωλιακών ή ολιγοπωλιακών επιχειρήσεων του μεταποιητικού τομέα, με συνεπακόλουθο τη σημαντική σπατάλη παραγωγικών πόρων. Παρά το γεγονός ότι η προσφορά γιατρών στην Ελλάδα είναι σχετικά μεγάλη (αναλογούν 232 γιατροί ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα έναντι 197 του μέσου όρου της ΕΟΚ),⁴ οι παρεχόμενες υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης δεν θεωρούνται ικανοποιητικές. Αυτό, μεταξύ άλλων, οφείλεται στη σημαντική περιφε-

ρειακή ανισότητα στην κατανομή των γιατρών, που έχει επιφέρει το σύστημα αγοράς, με τη μεγαλύτερη συγκέντρωση γιατρών στις περιοχές Αττικής και Θεσσαλονίκης, όπου αναλογούν 410 και 390 γιατροί ανά 100.000 κατοίκους αντίστοιχα.⁵ Αποτέλεσμα αυτού είναι πώς το όριακό προϊόν των γιατρών τείνει να είναι χαμηλό στα κέντρα αυτά και μεγάλο στις λοιπές περιοχές της χώρας, πράγμα που σημαίνει πώς αν οι υπάρχοντες παραγωγικοί πόροι (γιατροί) κατανέμονταν περισσότερο εξισωτικά θα επέφεραν κάποια βελτίωση στην παρεχόμενη ιατρική περίθαλψη.

Επίσης, ένας άλλος λόγος της μη ικανοποιητικής παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ο χαμηλός συντελεστής νοσοκομειακής περίθαλψης, αφού στην Ελλάδα αντιστοιχούν 6,4 νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους έναντι 10,3 του μέσου όρου της ΕΟΚ.⁶ Τουτό φυσικά είναι συνέπεια των χαμηλών σχετικά δημόσιων δαπανών για την υγεία, όπως δείχνει ο Πίνακας 1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Δαπάνες δημοσίου για αγαθά και υπηρεσίες
Έκατομμύρια δραχμές Σταθερές τιμές 1970

Δραστηριότητα	Δαπάνη		% συμμετοχής σε ΑΕΠ		Ετήσιος ρυθμός μεταβολής %
	1958	1977	1958	1977	
Διοίκηση	4.824	19.241	4,0	5,2	7,5
Άμυνα	6.168	28.811	5,1	7,8	8,5
Δικαιοσύνη	976	2.494	0,8	0,7	5,1
Υγεία	803	5.685	0,7	1,5	10,8
Πρόνοια	160	794	0,1	0,2	8,8
Εκπαίδευση	2.090	9.352	1,7	2,5	8,2
Λοιπή δράση	324	974	0,3	0,3	6,0
Σύνολο	15.344	67.351	12,7	18,2	8,1

Πηγή: Υπουργείο Συντονισμού, Έθνικοί Λογαριασμοί της Ελλάδας 1958-75 και Προσωρινοί Έθνικοί Λογαριασμοί της Ελλάδας 1978.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 1, κατά την περίοδο 1958-1977 ο ετήσιος ρυθμός μεταβολής των δημόσιων δαπανών για την υγεία ανήλθε σε 10,8%, δηλαδή η υγεία αντιπροσώπευε τον τομέα κρατικών δαπανών που σημείωσε την ταχύτερη αύξηση.

Παρ' όλα αυτά όμως, οι δαπάνες για την υγεία είναι ακόμη χαμηλές. Εκφρασμένες ως ποσοστό συμμετοχής στο ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ), οι δαπάνες αυτές αντιπροσώπευαν 0,7% κατά το 1958 και 1,5% του ΑΕΠ κατά το 1977. Προσθέτοντας και τις δαπάνες πρόνοιας, ή συμμετοχή ανέρχεται σε 1,7% του ΑΕΠ κατά το 1977.

Το ποσοστό αυτό μπορεί ενδεικτικά και μόνο να συγκριθεί με τα αντίστοιχα ποσοστά των χωρών-μελών της ΕΟΚ, που κυμαίνονται μεταξύ 4,6% για την Ιταλία και 8,4% για την Ολλανδία δίνοντας ένα μέσο όρο 6,6% για τις χώρες της ΕΟΚ.⁷ Βέβαια, τα

3. Σύμφωνα με το κριτήριο Παρέτο, ένα μέτρο πολιτικής θεωρείται επιθυμητό αν ωφελεί κάποιο ή κάποια μέλη της κοινωνίας χωρίς να προκαλεί βλάβη σε κανένα άλλο άτομο. Αποδοχή όλων εκείνων των μέτρων πολιτικής που ικανοποιούν το κριτήριο αυτό αυξάνει την κοινωνική ευημερία, ή οποία φθάνει στο μέγιστο σημείο της όταν δεν είναι δυνατό να ωφεληθεί έστω και ένα άτομο χωρίς βλάβη στα συμφέροντα κάποιου άλλου. Συνήθως, μέτρα πολιτικής ωφελούν ορισμένα άτομα και βλάπτουν άλλους· για τουτό η απόφαση για τη λήψη τους στηρίζεται σε αξιολογικές κρίσεις.

4. Για τα στοιχεία της ΕΟΚ που αφορούν το 1978, βλέπε *The Times*, 29/10/1980. Για τα ελληνικά στοιχεία που αφορούν το 1977, βλέπε Στατιστική Έπετηρίς της Ελλάδος.

5. Βλέπε *Τό Βήμα*, 3/10/1980.

6. *The Times*, δπ. π., ΕΣΥΕ, δπ. π.

7. Βλέπε *The Times*, δπ. π.

στοιχεία αυτά δεν είναι έντελως συγκρίσιμα, γιατί το ελληνικό ποσοστό συμμετοχής αναφέρεται μόνο στις κρατικές δαπάνες, ενώ τα ξένα σε συνολικές δαπάνες για την υγεία. Αν ληφθούν υπόψη και οι ιδιωτικές δαπάνες για περίθαλψη, που είναι σημαντικές, τότε το ελληνικό ποσοστό ανεβαίνει αρκετά. Παρά το γεγονός λοιπόν ότι η συνολική ελληνική δαπάνη για ιατρική περίθαλψη δεν διαφέρει πολύ από τις αντίστοιχες ξένες, η ποιότητα της προσφερόμενης περίθαλψης δεν συγκρίνεται εύνοικά με τις ξένες.

Ένδεικτικό αυτής της κατάστασης είναι ότι ένας ολόένα αυξανόμενος αριθμός Ελλήνων ασθενών στρέφεται προς το εξωτερικό για θεραπεία, πράγμα μοναδικό για τις ευρωπαϊκές χώρες. Μία σημαντική έρευνα⁸ στον τομέα αυτό βρίσκει ότι εκείνο που προκαλεί αυτή τη φυγή προς τα έξω είναι η έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους Έλληνες γιατρούς. Αυτό φυσικά έχει σοβαρές συνέπειες τόσο στην ψυχική και οικονομική κατάσταση των ασθενών και συγγενών τους, όσο και στο ισοζύγιο πληρωμών της χώρας, όπως καταφαίνεται από τον Πίνακα 2.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Νοσήλεια για θεραπεία στο εξωτερικό

Χιλιάδες δολάρια

Έτος	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
\$000	3.830	3.547	2.780	6.036	5.384	5.735	7.746	11.969

Πηγή: Τράπεζα της Ελλάδος, Δελτίον Έξωτερικών Συναλλαγών της Ελλάδος.

Τα ποσά αυτά όμως δεν προσδιορίζουν την πραγματική επιβάρυνση του ισοζυγίου πληρωμών από τη μετάβαση ασθενών στο εξωτερικό, γιατί δεν συμπεριλαμβάνουν τα έξοδα παραμονής στις ξένες χώρες. Η μελέτη των Μπούρα-Ψαχαρόπουλου, που προαναφέρθηκε, εκτίμησε ότι τα έξοδα παραμονής καλύπτουν το 41% περίπου των νοσηλείων ανά ασθενή. Συνεπώς, η επιβάρυνση του ισοζυγίου πληρωμών πρέπει να προσυζητηθεί κατάλληλα, μολονότι και πάλι είναι δυνατό το τελικό ποσό να αποτελεί υποεκτίμηση της πραγματικής επιβάρυνσης. Η εικόνα που προκύπτει είναι «...ότι η μετάβαση στο Λονδίνο για θεραπεία είναι, κατά μέσο όρο, μία ακριβή διαδικασία».⁹

Η παραπάνω εξέταση ορισμένων απόψεων της λειτουργίας του συστήματος αγοράς στον τομέα της ελληνικής ιατρικής περίθαλψης δείχνει ότι οι ίδιοι παραγωγικοί πόροι ίσως είχαν χρησιμοποιηθεί αποδοτικότερα και αποτελεσματικότερα κάτω από ένα διαφορετικό σύστημα οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, που θα επιχειρούσε κάποιον ορθολογιστικότερο σχεδιασμό και κατανομή των πόρων αυτών.

8. Ν. Μπούρας και Γ. Ψαχαρόπουλος, Έλληνες ασθενείς στο Λονδίνο, Εισήγηση στο συνέδριο ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΡΑΤΟΣ, Αθήνα, 12-13 του Δεκεμβρίου 1980.

9. Ν. Μπούρας και Γ. Ψαχαρόπουλος, οπ. π.

Ένα άλλο οικονομικό επιχείρημα υπέρ ενός κοινωνικοποιημένου συστήματος οργάνωσης παροχής ιατρικής περίθαλψης είναι η αξιοποίηση των οικονομικών κλίμακας, που επέρχεται με ολοκλήρωση και κεντρικό συντονισμό των υπηρεσιών υγείας, έναντι του κατακερματισμού και διαφορισμού προϊόντος που χαρακτηρίζουν το σημερινό αγοραίο σύστημα.

Πάντως, ένα κοινωνικοποιημένο σύστημα έχει επίσης τα προβλήματά του. Τα κυριότερα είναι οργανωτικά και χρηματοδοτικά. Όσον αφορά την οργάνωση ενός κεντροποιημένου συστήματος, παρατηρείται ότι ακόμη και χώρες με πολύ καλύτερες οργανωτικές ικανότητες στη δημόσια διοίκηση από την Ελλάδα έχουν αντιμετωπίσει και αντιμετωπίζουν προβλήματα για την αρτιότερη και αποδοτικότερη λειτουργία παρόμοιων συστημάτων. Το ίδιο είναι χαρακτηριστικό των μεγάλων γραφειοκρατικών οργάνωσεων. Η ανεπαρκέστατη ελληνική δημόσια διοίκηση δεν εμπνέει εμπιστοσύνη, αλλά δεν υπάρχει ανάγκη ο καινούργιος φορέας να γίνει κατ' εικόνα και ομοίωση της υπάρχουσας δημόσιας διοίκησης. Μία λ.χ. ενεργότερη συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης σ' ένα νέο φορέα μπορεί να είναι καταλυτική πολλών κακών εξεων και να συμβάλει αποφασιστικά στην αποτελεσματικότερη λειτουργία του συστήματος.

Αναφορικά με τη χρηματοδότηση ενός τέτοιου συστήματος έχει να παρατηρηθεί ότι η δωρεάν παροχή ιατρικής περίθαλψης θα οδηγήσει ασφαλώς σε μία αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών αυτών, και συνεπώς σε διόγκωση των δαπανών υγείας, αν οι προσδοκίες του λαού για βελτίωση περίθαλψης πρόκειται να πραγματοποιηθούν. Αποκλειστική χρηματοδότηση αυτού του αυξανόμενου βάρους μέσω φορολογίας δυνατόν να συναντήσει σοβαρές διαφωνίες, μολονότι οι συνολικές σημερινές δαπάνες υγείας δεν είναι λιγότερο έπαχτες.

Για το υπό, ίσως, είναι προτιμότερη μία μέση λύση που αξιοποιεί τους υπάρχοντες θεσμούς κοινωνικών ασφαλίσεων, με την απαραίτητη όμως προϋπόθεση της συγχώνευσης των διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων, όσον αφορά τον κλάδο της ιατρικής περίθαλψης, κάτω από ένα φορέα, πράγμα που θα αξιοποιεί οικονομίες κλίμακας. Η λύση αυτή έχει το πλεονέκτημα ότι επιτρέπει στους ασφαλισμένους κάποια επιλογή. Ταυτόχρονα όμως το Κράτος, μέσω της αύξησής γενικής φορολογίας, είναι σε θέση να εξασφαλίσει και στά λοιπά μέλη της κοινωνίας, που για οποιοδήποτε λόγο δεν είναι ασφαλισμένα, την ίδια μεταχείριση με τους ασφαλισμένους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Arrow, K. (1963), «Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care», *American Economic Review*, vol. 53, pp. 941-73.
2. Culyer, A.J. (1971), «Is Medical Care Different?», *Oxford Economic Papers*, vol. 23, pp. 189-211.
3. Μπούρας, Ν. και Ψαχαρόπουλος, Γ., Έλληνες ασθενείς στο Λονδίνο. Εισήγηση στο συνέδριο ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΡΑΤΟΣ.